ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Los divertículos son herniaciones de la mucosa y submucosa a través de la capa muscular del colon de unos 5-10 mm.

Diverticulitis

Es una infección de los divertículos del colon secundaria a la obstrucción del cuello o la abrasión de la mucosa

Es el proceso inflamatorio que resulta de la infección del divertículo con micro o macroperforación de la pared y que puede extenderse a las estructuras vecinas.

Complicada

Acompañada de un absceso, fístula, obstrucción o perforación fibre intraabdominal.

Factores no modificables

Bajo consumo de fibra, sedentarismo y la obesidad.

Factores no modificables

Son la edad (el 50% de las personas mayores de 50 años, tienen divertículos, aunque presentan más complicaciones en personas jóvenes). Sexo más frecuente en mujeres.

Diagnóstico

Anamnesis

Búsqueda de complicaciones

Absceso intraabdominal: Fiebre alta y persistente a pesar del tratamiento antibiótico y a menudo una masa palpable e hipersensible en el abdomen.

• Fístula colovesical (la más frecuente) o colovaginal: pueden referir neumaturia o fecaluria. Más frecuente en varones

Oclusión intestinal: dolor abdominal, estreñimiento, vómitos.

Más frecuente en los pacientes que han presentado episodios previos y tienen zonas con estenosis intestinal.

El síntoma más frecuente en la diverticulitis es el dolor en la fosa ilíaca izquierda. Suele aparecer fiebre, diarrea o estreñimiento y náuseas.

El paciente puede presentar clínica miccional por la irritación de la vejiga, por el proceso inflamatorio adyacente o por la aparición de una fístula colovesical

Hemorragia diverticular: por la rotura de los vasa recta a nivel de la cúpula o del cuello del divertículo.

Perforación diverticular a peritoneo

Abdomen agudo

Es la causa del 40% de episodios de hemorragia digestiva baja

Exploración física

Inspección: Buscar cicatrices, bultomas y distensión.
Auscultación: En el caso de una obstrucción los ruidos inicialmente están aumentados, disminuyendo progresivamente, apareciendo ruidos metálicos conforme progresa el cuadro.
Palpación: varía desde el dolor a la palpación profunda, hasta la superficial con signos de irritación peritoneal. Detectar zonas empastadas con efecto de masa. Explorar posibles orificios herniarios (ingles, zona umbilical).

Tratamiento

Dieta: Si tolerancia oral y tratamiento ambulatorio: dieta oral con líquidos.
En caso de ingreso hospitalario: dieta absoluta con sueros intravenosos.
Según tolerancia y evolución introducir progresivamente dieta líquida y suave.

Tratamiento sintomático: Analgésicos y antitérmicos: paracetamol y/o metamizol. Evitar los opiáceos por aumentar la presión intracólica.

Antibioterapia:
• Paciente con diverticulitis aguda no complicada y sin factores de riesgo son candidatos a tratamiento con antibioterapia oral ambulatoria.
• Los enfermos que no mejoran después de un periodo de 48-72 h o aquellos que presentan deterioro clínico deben ser hospitalizados así como llevar a cabo exploraciones que permitan descartar la presencia de complicaciones.

Infecciones leves-moderadas:
• Amoxicilina-clavulánico.
• Cefalosporina de 3ª generación + metronidazol.
• Quinolona + metronidazol.
• Ertapenem.
Infecciones más graves:
• Piperacilina + tazobactam.
• Imipenem o meropenem.

La duración del tratamiento será entre cinco y diez días.

Diverticulitis complicada

1. Hinchey Ia: si presenta un absceso pericólico pequeño y poco sintomático, se puede mantener el mismo tratamiento con antibióticos por vía intravenosa.
2.- Hinchey Ib: tratamiento médico con vigilancia intrahospitalaria.
3.- Hinchey II: drenaje percutáneo por TC más tratamiento médico.
Hinchey III y IV: laparotomía exploradora urgente:
El procedimiento de elección será la sigmoidectomía, siempre procurando lograr una anastomosis intestinal en el procedimiento

Las colectomías laparoscópicas cada vez se realizan con mayor frecuencia